

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 81

De la Diathermie
dans les lésions néoformatrices
de la face et ses résultats esthétiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Janvier 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Achoudin MICHILLOTTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 15 Avril 1899, à Mahé (Indes Françaises)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

DE LA DIATHERMIE
DANS LES LÉSIONS NÉOFORMATRICES
DE LA FACE ET SES RÉSULTATS ESTHÉTIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 81

De la Diathermie
dans les lésions néoformatrices
de la face et ses résultats esthétiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Janvier 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Achoudin MICHILOTTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 15 Avril 1899, à Mahé (Indes Françaises)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATE
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président; CHALIER Jh., assesseur;
GATE et BERNHEIM Ph., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection filiale.

A MA FEMME

A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de Médecine

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Respectueux hommage.

A MON MAITRE LE DOCTEUR MONTAGARD

Chirurgien en Chef des Hôpitaux

Dans le service de qui ce travail fut conçu et élaboré. Nous le remercions pour l'autorisation qu'il a bien voulu nous accorder pour la publication des observations cliniques et pour tous les conseils qu'il nous a prodigué.

A MON MAITRE LE DOCTEUR TARTANSON

Chirurgien en Chef des Hôpitaux

De qui nous avons eu l'honneur d'être l'interne et à qui nous devons en grande partie notre formation clinique.

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT DES HOPITAUX
DE MARSEILLE

A MES MAITRES D'AVIGNON

Les Docteurs :

CHARLET	PAMARD
DONNAT	PENNE
BARRE	MOREAU
BRUNSCHWIG	JACQUET
PANSIER	AZEMAR

A MON AMI M. EMMANUEL ADICEAM
Professeur au Lycée de Chambéry

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MES JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA DIATHERMIE
DANS LES LÉSIONS NÉOFORMATRICES
DE LA FACE ET SES RÉSULTATS ESTHÉTIQUES

Les tumeurs de la face, à quelques groupes qu'elles appartiennent (tumeurs malignes, bénignes ou mixtes) posent au chirurgien un problème complexe. Le malade, le jour où il s'est décidé à se soigner, réclame une guérison rapide. La physionomie modifiée défavorablement par une maladie rend la vie sociale pénible pour l'homme d'action, insupportable pour l'oisif qui, sans cesse, observe sa lésion.

C'est la raison esthétique qui domine la préoccupation des malades, souvent même chez ceux que l'âge ou un visage naturellement ingrat, semblerait avoir libérés du souci de plaire.

La multiplicité des orifices de la face rend l'extirpation des tumeurs difficiles. Les bords des orifices sont instables dans leurs formes et les sutures risquent de modifier les dimensions et les directions orificielles. L'esthétique est ici gravement offensée et le fonctionnement organique peut être lésé. Une paupière éversée, ou fermant mal, n'est plus pour l'œil la vigilante gardienne qui le protège. La vision ne tardera pas à se ressentir défavorablement de ce qui pourrait ne paraître qu'une offense à la régularité du masque. Une narine mal ouverte, c'est un trouble

dans l'aération pulmonaire et une brèche à la défense contre les germes aériens.

Il est enfin des raisons plus exclusivement médicales qui préoccupent le médecin : c'est tout d'abord la difficulté technique. Dans les angiomes de la face chez l'enfant, si la tumeur est pulsatile et petite, l'extirpation en est particulièrement malaisée. L'hémostase est ici d'une difficulté que n'oublie pas ceux qui ont essayé de la réaliser. Le grand nombre de procédés recommandés pour cette destruction montre la difficulté de cette thérapeutique.

C'est ensuite la question de la récurrence des tumeurs malignes.

Les opérations sanglantes les mieux conduites et entreprises par les maîtres de notre art exposent à des récurrences. Les méthodes caustiques donnent des résultats incontestablement meilleurs ; les récurrences sont beaucoup plus rares. Nous avons eu l'occasion de voir de nombreux malades opérés en Avignon, par le Docteur Clément Robert, avec un succès remarquable. La garantie de la guérison durable est très grande avec les procédés caustiques.

Beaucoup de tumeurs de la face se présentent chez des personnes âgées, qui reculent devant une intervention chirurgicale. Cette peur de l'intervention s'explique par la crainte d'une anesthésie, d'abord, et de l'aléa que comporte malheureusement toujours une opération sanglante.

Ces considérations générales étaient utiles pour aborder notre sujet.

La diathermie réalise-t-elle les conditions nécessaires à une intervention simple, à peu près non sanglantes, exigeant le minimum d'anesthésie, et nous donne-t-elle, pour les lésions de la face, toutes garanties au point de vue esthétique et fonctionnel?

Nous allons essayer de le prouver dans ce travail.

La diathermocoagulation et ses avantages.

Nous envisageons ici les avantages et les inconvénients de la diathermocoagulation, dans ses applications en général et dans les cancroïdes de la face en particulier.

L'intervention sanglante, souvent délicate, dans ses applications, quand il s'agit de la face, fait courir au malade le risque de récurrence et de métastases. Ces inconvénients disparaissent à peu près totalement par la diathermie, qui provoque la formation de caillots dans tous les vaisseaux contenus dans la tumeur qui est coagulée. Les cellules embryonnaires constituant le cancer étant extrêmement thermosensibles sont détruites ; d'où rareté des récurrences.

La cicatrice qui se forme à la place du néoplasme détruit, est souple et non rétractile. C'est à l'exemple du Docteur Bordier, la raison majeure qui nous a fait préférer la diathermocoagulation, à l'exclusion de tout autre. « CETTE CICATRICE EST SOUPLE ET NON RÉTRACTILE, CE QUI DIFFÉRENCIE ESSENTIELLEMENT LA DIATHERMOCOAGULATION DE LA DESTRUCTION PAR LES RAYONS X ; CES DERNIERS LAISSANT UNE CICATRICE

DURE ET RÉTRACTILE. C'EST DONC UNE RAISON DE PLUS DE PRÉFÉRER LA COAGULATION DIATHERMIQUE A LA RADIOTHÉRAPIE CHAQUE FOIS QUE CELA EST POSSIBLE, PAR EXEMPLE DANS LE TRAITEMENT DES LUPUS, DES EPITHELIOMAS, DES MELANOMES, etc., SURTOUT QUAND IL S'AGIT DE LA FACE. »

L'hémorragie, si ennuyeuse au cours de toute intervention chirurgicale, est pratiquement inexistante durant la séance d'électrocoagulation. L'hémostase se fait tant par les caillots que par la rétraction des tuniques vasculaires.

Le choc opératoire si fréquent dans les interventions sanglantes est ici totalement absent, par suite de l'hémostase parfaite, par la non résorption des produits toxiques, par la rapidité de l'intervention et surtout par l'absence de l'anesthésie générale.

La diathermocoagulation est une opération presque indolore parce que les nerfs sensitifs ne sont pas excités par les courants de haute fréquence, surtout lorsque celle-ci atteint cinq à six millions de vibrations par seconde.

L'anesthésie locale est suffisante le plus souvent.

Quant à la stérilisation des instruments et du champ opératoire, elle se fait automatiquement, permettant ainsi de gagner un temps précieux dans la pratique de l'antisepsie et de l'asepsie.

Alors qu'avec le bistouri on ne fait que l'ablation de la région malade, l'action diathermique s'exerce bien au delà du point d'application de l'électrode, et au delà de l'escarre produite.

Doyen a démontré qu'au delà de la zone coagulée

se trouvait une zone étendue où la température voisine de 60°, pouvait coaguler les cellules néoformées d'une tumeur, en respectant la vitalité des cellules saines. Cette propriété explique en partie l'absence de récurrence après l'ablation diathermique des tumeurs.

Aussi dans les cancers et cancroïdes de la face, « la diathermocoagulation n'a aucune action excitante ou aggravante sur les cellules néoplasiques échappées à une première intervention, à l'encontre de ce qui se produit quelquefois avec les rayons X, le radium, le thermocautère ou les caustiques. »

Quant aux inconvénients de la diathermie, ils sont d'ordres secondaires. La pratique de la diathermie nécessite un apprentissage très long. Le choix de la technique à employer varie suivant chaque cas.

Il importe avant tout d'éviter l'action coagulante sur les plans osseux, car les sequestres seraient longs à éliminer, ou sur de gros vaisseaux voisins de la zone à détruire.

M. Bordier dit que « les effets produits par la diathermie sont tellement puissants, que c'est de la technique suivie que dépendent en grande partie les résultats cliniques dans les maladies justiciables de ce traitement. Si cette technique est défectueuse, l'amélioration ou, la plupart du temps, la guérison des affections traitées ne sera pas obtenue ».

Ayant brièvement passé en revue les avantages et les inconvénients de la diathermocoagulation, nous exposerons ici les quelques cas de cancroïdes de la face, parmi les plus intéressants et qui ont été guéris sans cicatrices vicieuses par la d'arsonvalisation diathermique.

OBSERVATION I

Amb... Joseph, 64 ans. — A eu cinq enfants tous vivants et en parfaite santé. Pas de maladie infectieuse à signaler dans ses antécédents, sauf un érysipèle de face il y a cinq ans. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Ce malade entre actuellement à l'hôpital pour un épithélioma de la face. C'est une petite ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, siégeant dans l'angle interne de l'œil droit, empiétant en partie sur le nez. Le malade nous déclare que cette ulcération pour laquelle il vient d'être hospitalisé remonte à environ trois ans. L'apparition de l'épithélioma fut d'abord caractérisé par un prurit intense localisé dans l'angle de l'œil ; s'étant accidentellement écorché à cet endroit le prurit fit place à une ulcération rebelle, pour laquelle le malade consulta à plusieurs reprises différents médecins. L'un d'entre eux le dirigea à l'hôpital d'Avignon pour un traitement radiothérapique.

Ce traitement commencé le 4 septembre 1926, fut suivi pendant six mois, sans grand succès, à raison de deux séances par semaines.

Devant l'insuccès de la radiothérapie profonde, le malade est hospitalisé dans le service de chirurgie du docteur Montgard, le 10 octobre 1927.

La diathermocoagulation de la tumeur fut faite le 12. La technique fut très simple. Après anesthésie générale à l'éther, l'ablation de la tumeur est faite au couteau de Bordier. Intensité : 1.600 milliampères. L'hémorragie au cours de l'électrocoagulation a été pourrait-on dire presque nulle.

L'excision de la tumeur faite, la plaie fut laissée à l'air, après poudrage au talc. L'escarre produite tomba vers le quinzième jour. La réparation s'est faite rapidement, et le malade quitte notre service entièrement guéri, le 22 décembre 1927.

La cicatrice laissée par la diathermocoagulation est de la grosseur d'un grain de blé d'un blanc nacré.

OBSERVATION II

R... Camille. Originaire de Lourmarin (Vaucluse), 58 ans. — Malade porteur d'un petit épithélioma siégeant à la racine du nez. Hospitalisé dans le service du Docteur Montagard, le 21 avril 1927. Début il y a environ un an et demi. Au moment de l'admission on remarque à la racine du nez un cancroïde de la dimension d'une pièce de un franc, empiétant en partie sur le front, et recouverte d'une croûte noirâtre. Au dire du malade, le saignement est fréquent.

Après ramollissement de la croûte par des tampons, imbibés d'eau bouillie chaude, et anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline, on pratique la diathermocoagulation.

Intensité : 900 milfiampères.

Aucune trace d'hémorragie. Gonflement œdémateux de tout le nez le lendemain ; suintement d'un liquide séro-purulent. Sédation rapide de ces phénomènes.

Chute de l'escarre, le vingtième jour de l'intervention ; cicatrice rosée et souple, tranchant à peine sur le tissu sain. Quitte le service le 21 juin 1927.

OBSERVATION III

G... Jean, 61 ans, cultivateur à Cabannes (B.-du-R.). — Présente un énorme cancroïde de l'angle interne de l'œil gauche. L'apparition du néoplasme, remonte à environ deux ans. C'est une ulcération térébrante, empiétant sur les deux paupières. Les bords irréguliers sont taillés à pic et recouverts de croûtes noirâtres. Les soins de toilette arrachant en partie ces croûtes font saigner le cancroïde.

Le malade a été soigné à différentes reprises, par divers médecins à l'aide des crayons caustiques. N'ayant pas obtenu de résultats appréciables, le malade vient nous consulter.

Il entre dans notre service de chirurgie, le 6 décembre 1927.

Diathermocoagulation le 10 du même mois. Le malade très douillet refusant l'anesthésie locale, nous avons recours à l'anesthésie générale à l'éther.

Coagulation de la tumeur avec l'électrode en boule, sous une intensité de 1.100 milliampères.

Très grosse réaction inflammatoire des paupières, avec occlusion totale de l'œil, le lendemain. Ce phénomène s'est amendé deux jours après. Le malade quitte l'hôpital le 12 janvier 1928.

Revu quatre mois environ après sa sortie.

La cicatrisation de la lésion néoplasique est parfaite. Pas de rétraction des paupières.

OBSERVATION IV

B... Gaspard, 78 ans. — Hospitalisé dans le service de chirurgie du Docteur Tartanson, le 6 mars 1929, pour un cancroïde de l'angle interne de l'œil gauche. Le néoplasme a débuté, il y a cinq ans environ, par une petite rougeur et une phlyctène, qui s'est crevée spontanément et fit place à une ulcération torpide. Les soins de toilette irritent cette ulcération qui se recouvre d'une croûte noirâtre, de la dimension d'une pièce de vingt-cinq centimes en nickel. Vu le siège de la tumeur et l'ensemencement probable, le Docteur Tartanson renonce à intervenir chirurgicalement, et demande au docteur Montagard, de traiter la lésion à la diathermocoagulation.

Diathermie le 8 mars. Intensité : 800 milliampères, sous anesthésie locale à la novocaïne-adréraline.

Très peu de réaction du côté des conjonctives. Les suites opératoires sont excellentes. Les pansements les jours suivants se sont bornés à l'application d'une pommade à l'acide arsénieux.

La chute de l'escarre s'est faite le dix-septième jour et laisse dans l'angle de l'œil une cicatrice blanche et souple sans ectropion de la paupière. Sort guéri du service le 28 mars.

OBSERVATION V

P... Charles, 66 ans, de Cavaillon. — Enorme ulcération cancéreuse de la joue gauche. N'a subi aucun traitement, depuis l'apparition de la tumeur, qui remonte à trois ans, jusqu'au jour de son hospitalisation, prononcée le 14 mai 1927.

Diathermocoagulation après anesthésie locale le 17 mai. Intensité : 500 milliampères ; électrode en boule.

Pas de réaction inflammatoire. Sort du service le 24 mai.

Revu à la consultation du service le 20 juin 1927. La lésion est entièrement cicatrisée et a un aspect blanc rosé semblable à une tâche de vitiligo.

OBSERVATION VI

S... Ottavi, âgé de 55 ans. — C'est un malade de faible constitution, et pourtant dans ses antécédents nous ne trouvons aucune maladie d'intérêt notoire, si ce n'est qu'un cirrhose atrophique du foie. Le sujet est éthylique et fumeur invétéré. A trois enfants jouissant tous d'une parfaite santé, ainsi que sa femme. Dans ses antécédents héréditaires, le père et la mère sont morts vieux ; les renseignements sur les collatéraux sont peu intéressants.

Ce malade est hospitalisé dans notre service de chirurgie le 23 avril 1927, pour cancroïde de la commissure labiale gauche. Son interrogatoire nous apprend que l'apparition de la tumeur remonte à environ un an et est consécutive à une coupure produite par un rasoir. L'évolution de l'épithélioma a été assez lente et les bourgeons saignants ne sont apparus que six mois plus tard.

Lors de l'admission à l'hôpital, nous remarquons au niveau de la commissure labiale gauche, une excroissance du volume d'une grosse amande, recouverte d'une croûte. Le palper montre une infiltration de la lèvre inférieure, sur une étendue d'environ quatre centimètres, et s'arrêtant en bas au niveau de l'arcade dentaire. Pas d'adénopathie perceptible au niveau du cou. Par suite de la fermeture incomplète de la bouche, le malade laisse écouler une bave fétide.

Le nettoyage de la tumeur ayant fait tomber la croûte, met à nu des bourgeons qui saignent abondamment. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais éprouve de la gêne au moment de la mastication.

Le docteur Montagard décide de faire l'ablation de la tumeur à la diathermie. Nous faisons une anesthésie locale en couronne, à la syncaïne-adrénaline.

Coagulation du néoplasme au couteau diathermique de Bordier, monté sur l'appareil de Gaiffe.

Vu l'étendue de l'infiltration de la tumeur, l'intensité du courant utilisé a été d'environ 2.000 milliampères.

L'hémorragie au cours de l'intervention a été presque nulle. L'anesthésie s'est maintenue parfaite durant les cinq minutes de l'électro-coagulation. Un pansement aseptique à la gaze stérile fut simplement appliqué sur la région. L'escarre diathermique étant tombé le huitième jour, et comme la perte de substance a été assez étendue, nous sommes obligés de faire une réparation autoplastique. Le greffon ayant très bien pris, les suites opératoires furent des plus simples. Le malade sort guéri de notre service le 28 mai 1927.

Depuis le sujet est revenu se montrer deux fois à notre consultation. La réparation autoplastique laisse voir une petite cicatrice très souple, déformant à peine le contour de la bouche.

OBSERVATION VII

G... Louis, vieillard de 81 ans, originaire de Nyons, exerçant le métier de berger.

Ce malade est reçu dans notre service de chirurgie générale le 27 septembre 1927, pour un néoplasme de la région auriculo-temporale gauche. C'est une tumeur végétante, de la dimension d'une pièce de cinq francs environ et saignante. Le début de l'affection remonte, d'après le malade, à trois ans. Son évolution a été assez lente, marquée seulement par quelques crises névralgiques. Mais la tumeur avait brusquement grossi trois mois avant l'hospitalisation ; c'est ce qui avait déterminé ce dernier à nous consulter.

Le traitement par diathermocoagulation fut fixé pour le 8 octobre 1927. L'anesthésie locale à la syncaïne-adréraline n'ayant point agi, nous eûmes recours à l'anesthésie générale. Dans une première séance, nous excisâmes la tumeur au couteau de Bordier, et l'intensité du courant utilisé fut d'environ 1200 milliampères. Les suites opératoires furent excellentes, sauf une petite réaction locale. L'escarre étant tombé le douzième jour, le fond de la plaie demeurait atone. Une deuxième séance d'électrocoagulation pratiquée dix jours après a eu raison de cette atonie. Dès lors le processus de réparation a été extrêmement rapide ; les pansements après l'intervention diathermique se sont bornés à quelques applications de tulle gras Lumière ou de pommade à l'acide arsénieux.

Le malade quitte notre service entièrement guéri le 20 janvier 1928.

A la place de la tumeur, la peau tranche à peine par sa coloration, sur le tissu sain environnant.

OBSERVATIONS

COMMUNIQUEES PAR LE DOCTEUR MOREAU

Electroradiologiste des Hôpitaux d'Avignon

Mme B..., 45 ans. — Croûte épithéliomateuse sur l'aile droite du nez. Au dessous, petite ulcération n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Sensation de prurit désagréable. Pas de ganglion pré-auriculaire ; état général bon.

Traitée par une séance d'électrocoagulation. On coagule à l'aide d'une électrode à pointe mousse, jusqu'à ce que les tissus deviennent grisâtres, ce qui demande quelques secondes. Intensité : 400 milliampères.

Au bout de quinze jours, l'escarre ainsi obtenue tombe et laisse au-dessous d'elle un tissu parfaitement cicatrisé, tranchant à peine par sa coloration sur le tissu sain. (Mars 1926).

M. A..., 77 ans. — Porteur de nombreuses croûtes épithéliomateuses de la face et d'une ulcération néoplasique de la joue droite. Cette ulcération est recouverte par une épaisse

croûte noirâtre, très adhérente, qu'on ne peut arracher sans faire saigner.

Intervention en janvier 1927. Après anesthésie locale, à l'aide d'une solution de stovaïne à 10 %, on enlève la croûte ramollie par des applications humides, et on coagule l'ulcération à l'aide d'une électrode à pointe mousse.

Intensité^e: 800 milliampères environ. Les autres croûtes sont détruites avec une électrode aiguille. On ne dépasse pas en ces points 400 milliampères.

Vingt jours après, toutes les croûtes ont disparues et à leur place siègent des zones cicatricielles, à peine visibles, sauf pour le cancroïde le plus volumineux, où la cicatrice est légèrement déprimée mais souple.

M. M..., 64 ans. — Cancroïde occupant le lobule du nez et existant depuis plusieurs années. Dans ces derniers temps, il a une tendance à s'étendre. L'ulcération est recouverte d'une croûte noirâtre qui ne fait qu'une légère saillie au-dessus du plan des téguments.

Intervention en octobre 1928. Après anesthésie locale, première séance d'électrocoagulation. La croûte est volatilisée par introduction de l'électrode à la limite des tissus sains et de l'ulcération. Dans une deuxième séance, pratiquée huit jours après, on coagule le fond de l'ulcération.

Intensité : 600 milliampères ; électrode à pointe mousse.

Les tissus coagulés prennent un aspect blanchâtre. Les jours suivants, légère réaction des tissus alentour ; un peu de gonflement du nez. Rapidement l'œdème disparaît. L'escarre éliminée, la plaie qui en résulte, paraît profonde, taillée à pic.

Mais cette plaie bourgeonne peu à peu et, au bout d'un mois, la cicatrisation est complète ; cicatrice souple, incolore en surface.

Mme D..., 70 ans. — Epithélioma de la région auriculaire gauche non croûteux, formé de deux placards à vif, surélevés et saignants. A l'angle interne de l'œil droit, siège également une ulcération. Celles-ci sont coagulées en trois séan-

ces. Les bourgeons néoplasiques sont détruits, puis le fond de l'ulcération est coagulé.

Intensité : 600 à 800 milliampères. Première séance de diathermocoagulation le 19 novembre 1928, la troisième séance le 13 décembre. Le 20 du même mois, les escarres sont tombées. La cicatrisation est complète avec cicatrices souples, sans rétraction, en particulier du côté de l'œil.

Mlle F..., 45 ans. — Porteuse d'une croûte épithéliomateuse de la joue, de un centimètre carré environ. Au-dessous de la croûte siège une ulcération qui n'a aucune tendance à la cicatrisation ; la croûte arrachée se reproduit.

Le 8 mai 1929, sous anesthésie locale, destruction de la croûte par électrocoagulation. Intensité : 300 milliampères.

Revue quinze jours après, la malade porte encore une escarre. Celle-ci se détache spontanément huit jours après. La cicatrice ainsi obtenue est à peine visible.

Mme C..., 48 ans. — Epithélioma de la paupière inférieure, près de l'angle interne de l'œil gauche. Croûte noirâtre recouvrant une ulcération peu profonde. Légère tendance à l'écotropion de la paupière.

Le 25 juin 1929, après une anesthésie locale, l'électrocoagulation de la tumeur est pratiquée, sous une intensité de 400 milliampères.

La malade est revue quinze jours après. Il persiste encore, malgré que l'escarre soit tombée, une petite ulcération interne que l'on coagule à nouveau. Huit jours après, la cicatrisation est complète et la cicatrice est à peine visible. La paupière inférieure est normale et ne présente plus tendance à l'écotropion.

M. R..., 50 ans. — Ulcération épithéliomateuse de la lèvre inférieure de un centimètre de longueur, ayant tendance au bourgeonnement. Saignement fréquent. Pas de ganglion sous maxillaire. La lèvre de ce malade est augmentée de volume, dure à la palpation ; mais cet état est le reliquat cicatriciel d'une ancienne brûlure de la face. Le 21 juillet 1929, après

anesthésie locale, par infiltration de la lèvre inférieure, on procède à l'électrocoagulation de l'ulcération (électrode à pointe mousse et aiguille). La réaction des tissus produit une sorte de bouillonnement en surface. L'intensité nécessaire est assez élevée (un ampère) à cause de la résistance opposée par l'état scléreux de la lèvre. L'ulcération prend un aspect grisâtre.

L'intervention est suivie secondairement d'une grosse réaction de la muqueuse, avec gonflement et douleur, qui cède d'ailleurs le lendemain.

Cinq jours après, on fait une nouvelle séance. La formation de l'escarre et sa chute sont normales. La cicatrice a bon aspect, quoique un peu déprimée. (Etat cicatriciel pré-existant de la lèvre).

Mme F..., 55 ans, Le Thor (Vaucluse). — Bonne santé antérieure, quelques vertiges.

A l'occasion d'un accident d'automobile, Mme F. se présente à notre consultation, et nous montre un angiome de la lèvre inférieure droite, et dû, suivant la malade, à des morsures de la lèvre. Son début remonte à quinze ans environ.

La tumeur est quelquefois douloureuse quand l'épiderme se fissure à son niveau. Le volume est celui d'une cerise, de couleur bleuâtre, sans lésion de voisinage de la muqueuse, sans adénites cervico-faciales.

Séance de diathermie le 12 juillet 1929. Le traitement pratiqué sans anesthésie a été peu douloureux, et l'intensité du courant a été d'environ de 700 milliampères.

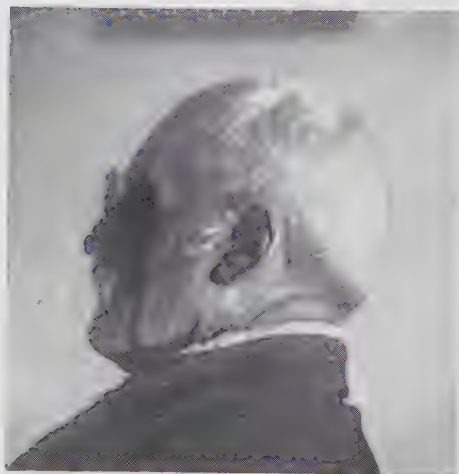
La masse se colore en blanc et se ratatine un peu.

Le 22 juillet, la guérison est parfaite ; l'escarre blanche va se détacher dans quelques jours.

Le 1^{er} août, l'escarre est détachée, et la peau et l'épiderme ont repris leur aspect normal. Pas de trace de cicatrice, pas de gaufrage de la muqueuse. En somme, cicatrice invisible sans contestation.



AMB. Joseph. — Néoplasme de l'angle interne de l'œil.
Avant et après la diathermie



G. Louis. — Néoplasme de la région auriculo-temporale.
Avant et après la diathermie



PONTH. — Ulcération térébrante de l'angle interne de l'œil.
Avant et après la diathermie

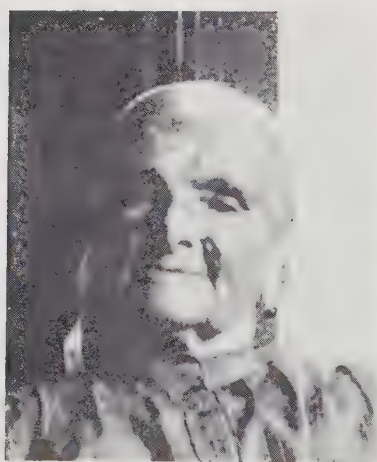


G. Louis. — Néoplasme de la région auriculo-temporale.

Avant et après la diathermie



PONTI. — Ulcération térébrante de l'angle interne de l'œil.
Avant et après la dialthermie



Madame L. — Néoplasme de la joue.

Avant et après la diathermie.

Conclusions

I.— La diathermocoagulation utilisée dans le traitement des tumeurs de la face donne des résultats qui seront de plus en plus appréciables ; la technique et l'instrumentation s'améliorant de jour en jour..

II. — Par la rapidité de ses résultats, la diathermie dépasse la Rontgenthérapie, méthode longue, sujette à des échecs inattendus et inexplicables.

III.— Plus facilement que la chirurgie, la coagulation diathermique se passe d'anesthésie générale et exige moins de soins aseptiques. La chirurgie reprend tous ses droits, en présence des lésions ganglionnaires et quand la tumeur siège au voisinage des gros vaisseaux. Dans ce cas, il faut enlever les ganglions et lier, au préalable, les gros vaisseaux.

IV.— La supériorité de la diathermie s'affirme dans la qualité de la cicatrice obtenue.

Les cicatrices sont souples, non adhérentes, ne tirent pas les tissus du voisinage (lèvres, paupières, nez). Les formes des orifices sont respectées.

La couleur de la cicatrice, d'abord un peu pâle, se colore lentement en rose, et se confond bien des fois avec la teinte de la peau avoisinante.

Ces avantages ne sont d'ailleurs pas acquis au détriment de la qualité de la guérison. Certaines cicatrices obtenues depuis quatre et cinq ans sont restées aussi souples et sans récidence de la tumeur.

V. — Nous estimons que, pour traiter les tumeurs de la face sans adénopathie et sans métastases, la diathermocoagulation est actuellement la méthode de choix et la plus esthétique.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 9 Janvier 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- NAGESLSCHMIDT. — Fulguration und transthermie (*Zeist f. phys. u. diather*, Leipzig, 1910, p. 150-160).
- DOYEN. — Sur la destruction des tumeurs cancéreuses par l'électro-coagulation (*Archives d'électricité médicale*, Bordeaux, 1909, p. 791-796).
- Appareils d'électro-coagulation. (*Archiv. d'élect. médicale*, Bordeaux, 1909, p. 883-887).
- *Rapport au III^e Congrès international de Physiothérapie*, 1910.
- BERGONIÉ. — Trois cas de diathermie chirurgicale, Congrès de Toulouse, 1910. (*Archives d'élec. méd.*, Bordeaux, 1910, p. 676).
- Action de diathermie sur les radiodermites. (*Arch. d'élec. méd.*, Bordeaux, 1912, p. 145).
- Les applications médicales de la diathermie. (*Arch. d'élec. méd.*, Bordeaux, 1913, p. 392).
- ZIMMERN et TURCHINI. — *Les courants de haute fréquence et d'arsonvalisation*. (Baillière et fils).
- BORDIER. — *Diathermie et diathermo-thérapie*, Paris, Baillière et fils, éditeurs, 5^e édition.
- BERGONIÉ et RÉCHOU. — La diathermie (*Arch. d'élec. méd.*, Bordeaux, 1911, p. 71-81).
- PATERSON. — Diathermie (*The Lancet*, 1919, p. 1020. Epi : of naso pharynx, Operation diathermy. P. R. S. M. 1916-1917, Sec laryngol, p. 29).
- Tuberculose of larynx. S. R. M., 9 juin 1923
- MAC-HENZIE. — Diathermie in the cancer of pharynx. (*Med Press*, Londres 1919, p. 337).

- ROSE. — Case of epithelioma of tonsie two years after diat.
Londres sec diat laryngol. 1918-1919.
- HILL et PATTERSON. — *Carcinoma of faces treated by per oran
exison followed by diat* ; P. R. S. M. Londres ; sec, la-
ryngol. 1918, p. 130-132).
- BORDIER. — Traitement de l'hyperthrophie des amygdales par
la diathermie. (*Arch. d'élec. méd.*, Bordeaux, 1922, p.
75).
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. — Trois cas de tuberculose laryngée.
— Traitement par la diathermie. (*Ann. d'O. R. L.* 1923.
Congrès de Paris, 1923).
- BOURGEOIS et POZET. — Traitement des ténoses rebelles du nez
et du Pharynx par la diathermie. (*Revue de laryngolo-
gie*, 1922, p. 883).
- LEROUX-ROBERT. — Les applications médicales de haute fré-
quence en oto-rhino laryngologie, (*Ann. d'O. R. L.*
Févr. 1924).
- BOURGEOIS, DUTHEILLET DE LAMOTHE, PORTMANN et POYET. —
Congrès d'O. R. L. 1924).
- STÉFANI (J.) et JULIEN (R.). — L'électro-coagulation chirurgi-
cale des tumeurs et cancers accessibles. (*Société de méde-
cine et de climatologie de Nice*, séances du 8 nov. et du
3 déc. 1924).
- Communication avec présentation de malades. (*Les
bulletins et mémoires*, janv. 1925).
- L'électro-coagulation chirurgicale des tumeurs et
cancers accessibles. (*L'Art médical*, n° 15, 31 mars
1925. D^r Lautier, éditeur, Nice).
- STÉFANI (J.). — Valeur de l'électro-coagulation chirurgicale
dans les cancers ano rectaux. (*XXXIV^e Congrès français
de chirurgie*. Paris, 5, 12 oct. 1925, séance du 5 oct.).
- Traitement des cancers externes et accessibles par
l'électro-coagulation chirurgicale. Valeur et indications.
(*XXXIV^e Congrès français de chirurgie*, séance du 8
oct. 1925).
- L'électro-coagulation chirurgicale des cancers. Paris
1926. (*Les presses universitaires de France*, 49, Bd
Saint-Michel)

CHIAPPINI. — Traitement des cancers des lèvres et des commissures par l'électro-coagulation chirurgicale. (*Thèse de Montpellier*, 1926).

CASSE. — Traitement des épithéliomas cutanés par l'électro-coagulation. (*Thèse de Paris*, 1926).

G. CASTEX (de Châteauroux). — La diathermocoagulation et ses avantages. (*L'Avenir médical*, nov. 1927).

Table des Matières.

Introduction.....	9
La diathermocoagulation et ses avantages.....	13
Conclusions.....	25
Bibliographie.....	27
